

| | |
|--|--------|
| | 大阪府提出用 |
| | 保健所提出用 |
| | 控 |

精神障害者入院届送付名簿 (医療保護入院)

平成 年 月 日
(病院)

| 番号 | 氏名 | 住所 | 性別 | 生年月日 | 入院年月日 | 同意者 (続柄) | 年度別 一連番号 |
|----|----|----|----|------|-------|-------------|-------------|
| 1 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 2 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 3 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 4 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 5 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 6 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 7 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 8 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 9 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 10 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 11 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 12 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 13 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 14 | | | 男女 | . . | . . | | |
| 15 | | | 男女 | . . | . . | | |

1. 住所は府下〇〇市は〇〇市、大阪市・堺市は〇〇市△△区、府下〇〇郡△△町（村）は△△町（村）、他府県はその△府県名、不定は不定、と記入してください。
2. 同意者の欄には、本人との続柄を記入してください。